

PER I DESTINATARI LETTERA "A"

ALLEGATO A

(Avviso Pubblico FNA 2019 approvato con Determinazione UdP n. 842 del 31.08.2020)

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LARINO

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO
FNA 2019**

Il /la sottoscritto/a Cognome _____

Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ /
____ / _____

residente in _____ alla
via _____

_____ n. _____ tel. _____ cell.

e-
mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

per se stesso nella qualità di beneficiario diretto,

Oppure per conto del beneficiario, nella qualità di:

Familiare ; Tutore; Curatore; Amministratore di sostegno

(riportare i dati del beneficiario interessato)

Cognome _____

Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ /
____ / _____

residente in _____ alla
via _____

_____ n. _____ tel. _____ cell.

e-
mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DI ESSERE AMMESSO al Programma Attuativo FNA 2019, di cui all'Avviso Pubblico dell'ATS di Larino in oggetto

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

DI aver preso visione del predetto Avviso Pubblico e di accettarne i contenuti e le condizioni di servizio ivi indicate.

CHE il beneficiario interessato si trova in condizioni di ***non autosufficienza o disabilità severa*** gravissima rientrante **in una** delle seguenti patologie:

(barrare con una x la casella di pertinenza)

- a) Persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) Persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) Persona con grave o gravissimo stato di demenza ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer, con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) Persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) Persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status

Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

- f) Persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) Persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) Persona con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

All'uopo RICHIEDE

(a pena di inammissibilità, barrare una sola casella)

- sostegno economico per l'acquisto del servizio di assistenza domiciliare, di cui al punto 1 dell'articolo 4 dell'Avviso Pubblico;
- contributo economico diretto per il caregiver dell'importo mensile di € 400,00, di cui al punto 2 dell'articolo 4 dell'Avviso Pubblico;
- ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, di cui al punto 3 dell'articolo 4 dell'Avviso Pubblico;
- trasporto o acquisto di ausili o presidi, di cui al punto 4 dell'articolo 4 dell'Avviso Pubblico;

DICHIARA ALTRESI'

a. le generalità del caregiver

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente in _____ alla
via _____

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

e-

mail _____

Codice fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. le modalità di erogazione del contributo spettante nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato al caregiver

indicare eventuale cointestatario

bancario IBAN

postale IBAN (no libretto postale)

c. di impegnarsi, nel caso di concessione del beneficio, a comunicare, in qualsiasi momento, all'Ufficio di Segretariato Sociale/Servizio Sociale Professionale del proprio comune di residenza l'eventuale variazione del codice IBAN sopra dichiarato.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che l'ATS di Larino, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;

Alla presente domanda SI ALLEGA la seguente documentazione ai sensi dell'articolo 3 dell'Avviso Pubblico

- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e/o beneficiario e del caregiver di quest'ultimo;
- copia del verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18 dell'11.02.1980;
- scala di valutazione per coloro che rientrano in una delle patologie elencate all'art. 3 dell'Avviso Pubblico lettere: a), c), d) e) ed h), tutte debitamente firmate, datate (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla data di pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso (ALLEGATO A1), dovranno essere compilate dal Medico di Medicina

Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente, ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);

- certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie elencate all'art. 3 dell'Avviso Pubblico lettere: b), f), g) ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà tenere conto dei Domini indicati nell'allegato 2 al D.M. del 26 settembre 2016 (vedasi ALLEGATO A1). Dette certificazioni dovranno essere effettuate dal Medico di Medicina Generale con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente, e tutte debitamente firmate, datate (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla data di pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore;
- certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria e relativa DSU, in corso di validità, rilasciata ai sensi del DPCM n. 159/2013, oppure, in caso di potenziale beneficiario minorenni, certificazione ISEE ordinaria e relativa DSU;
- l'informativa sulla privacy.

Luogo e data

richiedente

Firma del

INFORMATIVA DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e sue succ. mod. ed integr., pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità di cui all'Avviso Pubblico per la presentazione della domanda di ammissione al programma regionale FNA 2019 (approvato con Determinazione Ufficio di Piano n.842 del 31.08.2020);
- Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale informatizzato altro
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al succitato Avviso Pubblico;
- I dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso Pubblico saranno comunicati al Servizio competente della Regione Molise, all'ASReM, nonché ai soggetti realizzatori dei servizi e degli interventi assistenziali previsti;
- I dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso Pubblico annoverano anche i *cd* dati *sensibili* riguardanti lo stato di salute. Il conferimento dei predetti dati sensibili è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al succitato Avviso Pubblico, e saranno comunicati, fermo restando la previsione di cui all'articolo 26 comma 5 del D.Lgs. 196/2003, per gli adempimenti gestionali esclusivamente al Servizio competente della Regione Molise, all'ASReM, nonché ai soggetti realizzatori dei servizi e degli interventi assistenziali previsti, nonché trattati con modalità manuali e informatizzati;
- Il titolare del trattamento è il Comune di Larino nella sua qualità di Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Larino (associazione di Comuni a mezzo Convenzione ex art. 30 del D.Lgs. 267/00, ex L.328/00);
- Il responsabile del trattamento è l'avvocato Mario Antonio Massimo Fusario , con sede in v.le della Vittoria, 35 - 60123 Ancona pec marioantoniomassimo.fusario@pec-ordineavvocatiancona.it;
- In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, con richiesta scritta inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata atslarino@pec.it o a mezzo posta all'indirizzo Comune di Larino, p.zza Duomo, 86035 Larino (CB).

Art. 7 del D.Lgs. 196/03 e degli artt. 15 e 22 Regolamento UE n. 679/2016

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto

nato a

Il

CF

Residente a
n.

Via

Tel.

Cell.

alla luce dell'informativa che precede, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e sue succ. mod. ed integr.

esprime il consenso **NON esprime il consenso** al trattamento dei propri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprime il consenso **NON esprime il consenso** alla comunicazione dei propri dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Letto, confermato e sottoscritto

, Li

Firma del dichiarante (per esteso e

leggibile)

Solo se consegnata a mano

Ricevuta di consegna – DOMANDA DI Ammissione agli interventi assistenziali a valere sul FNA 2019 di cui all'Avviso Pubblico Determinazione Ufficio di Piano n. 842 del 31.08.2020.

Data presentazione (g/m/a) _____, ore _____

Presentata da (cognome e nome del richiedente)

FIRMA e Timbro operatore dell'USS/SSP _____

FIRMA del richiedente _____